

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïat Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïat Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 10000 - Tel : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-662070

coussi

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 / 11 / 14

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-662070

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3107

Nom de l'adhérent(e) : AHMED AK

Total des frais engagés : 120,-

Date de dépôt :

RELEVE DES MANDATS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/11/2016		23	120,-	INP :
				
				
				
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

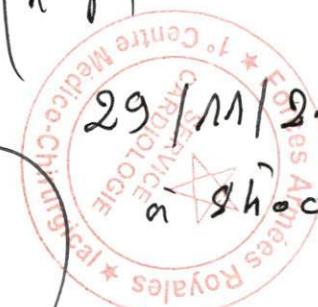
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. or Prosthetic Dentures)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. or Prosthetic Dentures)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. or Prosthetic Dentures)														
				INP : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35933411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35933411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35933411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														

Farid Radio CSA

HOPITAL :
SERVICE :

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
ETAT MAJOR ZONE SUD
1^o CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL

PRENOM : Abdellah NOM : AHIN DAK
GRADE : MLE :
UNITE : CSA

EXAMENS DEMANDES	REPONSE DU SPECIALISTE
<p>C/S Cardis</p> <p>Cher confrère :</p> <p>Patient de 68 ans</p> <p>ATCGs=0, & vous le</p> <p>confie pour évaluation</p> <p>cardiaque post covid</p> <p>19.</p> <p>Dr. Samia LACHGAR Médecin Lieutenant 1^o C.M.C - AGADIR INPE : 041242090</p>	<p>oui (N) (Y) (N)</p> <p>29/11/21</p>  

Agadir : 10/11/21
INPE : 041242090

ID: 51

Homme Année

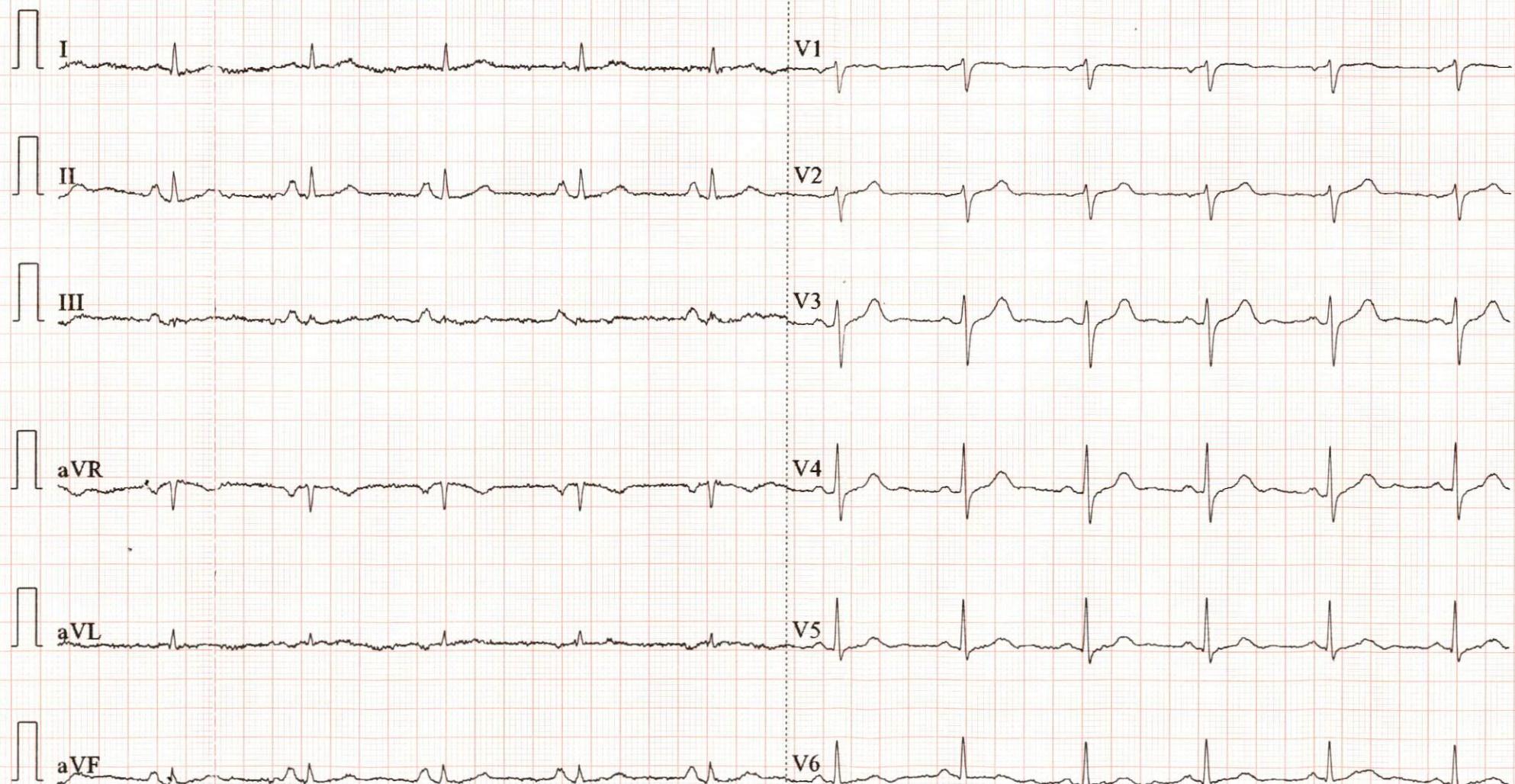
10-11-2021 09:07:14

FC : 67 bpm
P : 102 ms
PR : 140 ms
QRS : 102 ms
QT/QTc : 400/423 ms
P/QRS/T : 78/44/60 °
RV5/SV1 : 0.861/0.447 mV

Information Analyse:

Rythme sinusal
ECG normal

Rapport confirmé par:



Agadir, le :

29 - m - 74

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
1[°] CENTRE MEDICAL CHIRURGICAL
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE N° 1038617

NOM ET PRENOM :

MONTANT :

	<i>Carabé</i>		<i>120,-</i>	

4-01/ab Affid 21c.
Cent vingt

Le Régisseur :

